

LE
CHANCRE SYPHILITIQUE
DES FOSSES NASALES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 13 Juin 1919

PAR

Benjamin GOUTAL

Né à Bessèges (Gard), le 2 décembre 1880

DOCTEUR EN PHARMACIE

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER (PHARMACIE)

LAURÉAT DE L'ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la thèse	{	MOURET, professeur adjoint, <i>président</i> .	{	<i>Assesseurs.</i>
		ESTOR, professeur.		
		VEDEL, professeur adjoint.		
		RICHE, agrégé.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1919

LE

CHANCRE SYPHILITIQUE

DES FOSSES NASALES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LE
CHANCRE SYPHILITIQUE
DES FOSSES NASALES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 13 Juin 1919

PAR

Benjamin GOUTAL

Né à Bessèges (Gard), le 2 décembre 1880

DOCTEUR EN PHARMACIE

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER (PHARMACIE)

LAURÉAT DE L'ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la thèse	{	MOURET, professeur adjoint, <i>président</i> .	{	<i>Assesseurs.</i>
		ESTOR, professeur.		
		VEDEL, professeur adjoint.		
		RICHE, agrégé.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA (*).	ASSESSUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O *).
Clinique médicale.....	CARRIEU (*).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (*).
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie.....	N. . .

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (O *) a.l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN (*), a. l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards...	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Matière médicale.....	DESMONTS. (ch. de c.)
Microbiologie.....	CABANNES, agrégé.
Stomatologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.).
	WATON (*) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELT (*).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (*).	J. DELMAS (*).	PECH (ch. d'agrég.).
RICHE.	RIMBAUD.	

Examineurs de la thèse :

MM. MOURET, profes.-adj. président	MM. VEDEL, profes.-adj.
ESTOR, professeur.	RICHE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FEMME

A MON FILS

A MA SOEUR

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

B. GOUTAL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURET

PROFESSEUR ADJOINT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHEF DU SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE A L'HOPITAL GÉNÉRAL

B GOUTAL

LE

CHANCRE SYPHILITIQUE

DES FOSSES NASALES

INTRODUCTION

« Le chancre est une bonne graine pour tous les terrains, susceptible de germer n'importe où le hasard le dépose. » Ainsi disait Ricord, dans ses *Leçons sur le chancre*.

La muqueuse des fosses nasales, quoique bien protégée par le fait de sa situation anatomique, n'est pas complètement à l'abri de la contagion. Le chancre pituitaire est, évidemment, une localisation rare de la syphilis primaire. Cependant, des faits irrécusables et qui n'ont sûrement pas tous été publiés, sont là pour prouver que, dans l'hypothèse éventuelle d'un chancre extra-génital, il est indispensable de ne pas négliger l'examen des fosses nasales, la lésion pouvant évoluer discrètement et passer inaperçue. Il faut savoir diagnostiquer le chancre endo-nasal et, pour ce, il faudra surtout y penser.

On évitera ainsi de fâcheuses erreurs, capables de conduire à une thérapeutique préjudiciable au malade. Il est regrettable de méconnaître une syphilis réelle; il ne l'est

pas moins de traiter, pour un épithélioma, un chancre qui ne demande qu'à disparaître, une fois son évolution terminée.

Monsieur le professeur Mouret a bien voulu nous confier deux observations inédites, que nous publions dans notre travail. Nous le prions de vouloir bien agréer tous nos remerciements et l'assurance de notre respectueuse gratitude.

Nous y avons ajouté quelques cas intéressants, que nous avons notés au cours de nos recherches bibliographiques, ainsi qu'un exposé de la pathologie de cette curieuse localisation de la syphilis primaire.

Les chancres syphilitiques de la région nasale, selon qu'ils se développent en territoire cutané ou sur la muqueuse, doivent être divisés en deux groupes distincts :

1° Les chancres du nez proprement dits, ou cutanés, qui siègent sur le dos du nez, le lobule, les ailes ou la peau du vestibule ;

2° Les chancres de la muqueuse, que l'on trouve d'ordinaire sur la cloison, plus rarement au niveau des cornets inférieurs.

Les premiers sont, de beaucoup, les plus fréquents, relativement faciles à diagnostiquer, de par leur situation et leur évolution assez tapageuse. Leur étude n'offre pas un grand intérêt particulier.

Dans notre travail, exclusivement consacré à la syphilis primaire endo-nasale, nous laisserons de côté le chancre du revêtement externe du nez pour nous occuper, spécialement, de celui de la muqueuse nasale. Nous ne traiterons pas non plus la question du chancre du rhino-pharynx. Cette localisation spéciale appartient, bien plus à la pathologie du pharynx qu'à celle du nez. Ce chancre est pharyngien et évolue comme tel.

HISTORIQUE DE LA QUESTION

La syphilis primaire endo-nasale est une affection rare.

Ricord se borne à dire qu'il l'a rencontrée une fois sur la pituitaire.

Mackensie (1857) n'en fait pas mention, et Fournier, dans l'*Union médicale* (23 février 1858), cite un seul cas de chancre de la cloison.

Cuseco (1862) le passe sous silence, dans ses « Leçons sur le chancre céphalique ».

Les traités de Cullenier (1866) et de Lancereaux (1873) n'en parlent pas, et Armand Rizot déclare que les chancres peuvent occuper la muqueuse pituitaire, sans toutefois citer d'exemple.

Spencer Watson publie, en 1881, un cas bien étudié. On connaissait déjà les trois observations de Rollet (1861).

Julien, dans son *Traité* (1886), ne rapporte qu'un seul cas personnel qui est, d'ailleurs, contesté par Dupont, dans sa thèse, sur la syphilis du nez et des fosses nasales. Il s'agissait d'une lésion ayant amené la perforation de la cloison, et que Jullien attribuait à un chancre qu'il n'avait, d'ailleurs, pas vu.

Les statistiques de Martin, Carrier, Bureau, Bassenaux, Fournier, Cler, Lefort, citées et réunies par Jullien, donnent le chiffre considérable de 2.043 chancres syphilitiques. On n'y trouve qu'un seul cas de chancre de la pituitaire.

La thèse de Dupont, de Bordeaux (1887), apporte quelques précisions sur la question et fait connaître les observations de Moure (1887), et de Rasori (1885). Nous retrouvons ensuite, dans la littérature, les faits rapportés par Morel, Lavallée (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1887), Pospelow (*Archiv. für Dermatologie and syphiligraphie*, 1889), Marfan (*Ann. dermat. et syph.*, 1890), Gény, *id.*; Reboul, qui, dans sa thèse de Bordeaux (1882), cite un nouveau cas que le professeur Moure a présenté à la Société de laryngologie, la même année. Usiherge, dans la *Gazette hebdomadaire*, publie, en 1894, une observation intéressante, et Chapuis, la même année, à propos d'un nouveau cas, fait paraître un travail d'ensemble documenté, dans la *Gazette des hôpitaux*. Il a trouvé 22 cas de chancres. La statistique de Brunon (1895), réunit 35 observations, celle de Garel (1900), 45.

Depuis cette époque, une quarantaine de nouvelles observations ont été publiées. On peut les retrouver dans les thèses de Lenoble (Paris, 1908), et surtout de Froment (Paris, 1913).

ETIOLOGIE

Le nombre restreint d'observations que nous trouvons dans la littérature (quoique bien des cas aient pu passer inaperçus ou n'aient pas été publiés), nous prouve que l'affection qui nous occupe constitue, tout au moins, une rareté. Ceci s'explique si l'on considère que la muqueuse pituitaire tapisse les fosses nasales, cavités profondément creusées dans la face, et ne communiquant avec l'extérieur que par les orifices narinaires, relativement étroits.

Pour que la contamination soit possible, il faut que le virus syphilitique y pénètre.

La contagion directe, comme dans notre observation première, où le malade avait eu un contact bucco-vulvaire, est rare pour le chancre endo-nasal. Le plus souvent, la contagion est indirecte et s'opère par l'intermédiaire du doigt ou d'objets souillés introduits dans le nez.

Dans notre observation II, il s'agissait d'un mouchoir appartenant à un syphilitique, cas assez fréquent.

Higuet rapporte qu'un marin fut contaminé par du tabac, pris dans la tabatière d'un camarade atteint de spécificité. Parfois, il s'agit d'un contact avec un organe : pénis rarement ; langue, comme dans l'observation de Watson, où il est question d'une nourrice qui avait la bizarre habitude de faire sucer son nez par son nourrisson.

En général, le terrain est préparé par les excoriations de la muqueuse, si fréquentes à l'entrée des fosses nasales, lésions de grattage, généralement.

Dans la plupart des cas, le chancre a une origine accidentelle, n'ayant rien de commun avec les rapports sexuels normaux ou anormaux. On pourrait ainsi décrire le chancre professionnel des médecins ou des sages-femmes (observation de Blanc) ; le chancre, consécutif à un examen ou une intervention, par exemple : le chancre dit des auristes.

Dans bien des cas, l'étiologie a pu passer inaperçue, le malade ne pouvant se souvenir d'un mode de contamination, sans doute particulièrement banal, et n'ayant pas attiré son attention.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On a défini le chancre: une ulcération reposant sur une base indurée. Au niveau de la muqueuse nasale, cette définition reste exacte et nous retrouvons ici l'*Ulcus Elevatum* avec ses diverses caractéristiques. C'est un granulome, une néoplasie circonscrite avec infiltration dense de Mastzellen autour de vaisseaux extrêmement altérés, rétrécis ou oblitérés par l'épaississement de leur paroi. Les spirochètes y fourmillent et cette lésion est virulente au premier chef.

Au point d'inoculation apparaît, d'abord, un nodule inflammatoire qui, rapidement, s'ulcère à son sommet et donne le chancre nettement caractérisé.

L'ulcération se forme et s'accroît, sans jamais prendre une trop grande extension.

Elle a peu de tendance à se développer en profondeur et n'atteint jamais le cartilage ou l'os, qui restent sains. Tout autour, la muqueuse peut réagir, s'œdématiser, et sécréter abondamment. L'ulcération repose sur une base indurée caractéristique.

Le chancre est susceptible de présenter divers aspects, qui ont leur intérêt au point de vue symptomatologique; nous y reviendrons dans le prochain chapitre.

Il siège, en général, à l'entrée du nez, sur la cloison, le

plus souvent. Rarement, sur la tête des cornets inférieurs. Cette localisation, dans la partie antérieure des fosses nasales, n'est pas faite pour nous surprendre, en raison du mode habituel de contamination : grattage avec le doigt ou contact d'un mouchoir.

Le chancre endo-nasal est, pour ainsi dire, toujours unique. Cependant Mendel a rapporté un cas de chancre bilatéral (il y en avait un dans chaque narine). On peut toujours noter la présence d'un retentissement ganglionnaire assez prononcé.

Nous savons que les lymphatiques des fosses nasales, décrits par Simon, puis par Panas et Sappey et, dernièrement, par Mas et Marc André, aboutissent :

- 1° Aux ganglions rétro-pharyngiens ;
- 2° Aux ganglions supérieurs de la chaîne carotidienne, à la hauteur de la grande corne de l'os hyoïde ;
- 3° Accessoirement, aux ganglions sous-maxillaires.

Il est intéressant de constater que, dans les observations publiées, on n'a jamais constaté l'hypertrophie des ganglions rétropharyngiens ; on a pu retrouver les ganglions supérieurs de la chaîne carotidienne ; les ganglions sous-maxillaires, ont surtout attiré l'attention.

Dans certains cas, l'ulcération de la muqueuse s'étend au territoire cutané. On peut avoir alors des ganglions parotidiens. Le chancre évolue en quelques semaines (six à huit environ). Il peut, après sa cicatrisation, provoquer des synéchies, obstruant plus ou moins la fosse nasale.

La roséole apparaît, en général, au cours de l'évolution du chancre.

SYMPTOMATOLOGIE ET FORMES CLINIQUES

Nous venons d'étudier, dans le chapitre précédent, l'aspect macroscopique du chancre de la pituitaire. Nous pouvons déjà presumer les symptômes que nous constaterons au cours de notre examen.

Le tableau clinique peut se résumer ainsi: tuméfaction plus ou moins ulcérée, siégeant dans la fosse nasale, en général sur la cloison, accompagnée d'un retentissement ganglionnaire sous-maxillaire assez marqué.

A ces manifestations correspondent quelques signes d'ordre subjectif, locaux et généraux.

Ceux-ci n'offrent pas grand intérêt, car ils n'ont rien de bien caractéristique. Ils sont sous la dépendance de l'obstruction nasale et des infections secondaires, déterminant une rhinite suppurée, venant compliquer la gêne respiratoire. Le chancre, par lui-même, est indolore et peu gênant; c'est la rhinite associée qui détermine les principaux symptômes désagréables et attire l'attention du malade.

Celui-ci, en général, nous raconte que, depuis quelque temps, il a la sensation d'avoir une narine bouchée; qu'il se mouche beaucoup, surtout d'un côté; qu'il éprouve des maux de tête assez fréquents.

C'est là le tableau habituel. Dans certains cas, lorsque le chancre est volumineux, compliqué de réaction inflam-

matoire violente, les symptômes sont beaucoup plus marqués (type sténosant de Teissier). On peut alors noter une violente céphalée qui peut être accompagnée de phénomènes généraux : fièvre, courbature, douleurs articulaires.

La rhinorrhée est continue. Les sécrétions sont abondantes, presque purulentes, striées de sang. Les épistaxis ne sont pas rares. Parfois le chancre passe à peu près inaperçu (type latéral). Collinet a attiré l'attention sur cette forme. La lésion peut être discrète ou peut passer inaperçue. Les signes objectifs sont plus intéressants. Ils se rapportent à la lésion primaire et à l'engorgement ganglionnaire qu'elles déterminent. C'est la constatation de ces deux signes qui permettent de penser au chancre syphilitique.

Notre examen comprendra :

- 1° L'inspection du nez et des fosses nasales ;
- 2° L'inspection et la palpation des ganglions tributaires ;
- 3° La recherche des syphilides cutanées. Cette découverte faciliterait beaucoup le diagnostic.

Lorsque le chancre détermine une violente réaction inflammatoire, le nez et les régions avoisinantes de la face, sont rouges, tuméfiées, luisantes, parfois au point de simuler un érysipèle (cas de Thibierge). Une narine est encombrée de sécrétions muco-purulentes ou même sanguinolentes. Dans le cas contraire, c'est-à-dire dans la forme latente, le nez conserve son aspect normal et les sécrétions sont peu abondantes.

La rhinoscopie antérieure permet d'apercevoir l'ulcération chancreuse. Elle siège, en général, ainsi que nous l'avons déjà dit, au niveau de la cloison, à 1 centimètre de l'orifice externe du nez, rarement à 2 centimètres, comme dans le cas de Gémy. On la trouve quelquefois sur la tête

des cornets inférieurs (cas de Sénas, David, Guichard et James Campbell).

Le plus souvent, l'ulcération repose sur une base indurée, formant saillie. Tout autour, la muqueuse peut être plus ou moins infiltrée et œdématiée. Le contact du stylet détermine facilement une petite hémorragie. Cette forme ulcéro-œdémateuse est assez fréquente. Nous la retrouvons dans l'observation première, due à M. le professeur Mouret. La muqueuse tuméfiée se rétracte mal sous l'influence de la cocaïne. Castex fait de cette constatation un bon signe en faveur du chancre.

Parfois l'ulcération est recouverte d'une fausse membrane grisâtre (forme ulcéro-membraneuse). Dans bien des cas, on peut observer une véritable tumeur implantée sur la cloison, comme dans notre observation II. L'ulcération peut même passer inaperçue et la tumeur seule attire l'attention. C'est la forme néoplasique signalée par David.

Parfois, on constate simplement un petit ulcère, à bords assez nettement délimités, à fond rouge ou grisâtre. Cette forme érosive a été signalée plusieurs fois.

La présence de ganglions hypertrophiés est d'un grand secours pour le diagnostic. Nous avons vu que leur présence était constante et qu'on les trouvait dans la région sous-maxillaire, au niveau de la parotide ou en avant de l'oreille. Chapuis insiste sur la recherche des ganglions supérieurs de la chaîne carotidienne, au voisinage de la grande corne de l'os hyoïde. Ces ganglions sont indolores, s'ils ne sont pas le siège d'une infection secondaire consécutive à la rhinite suppurée. Leur volume est variable. Ils sont, généralement, assez gros, surtout dans la région sous-maxillaire. Les complications sont rares et, généralement, peu graves; on a signalé: la conjonctivite, la suppuration du sac lacrymal. Les diverses sinusites et l'otite sont éga-

lement possibles. Les ganglions peuvent, dans des cas exceptionnels, suppurer et être le siège d'un adéno-phlegmon, rappelant le bubon, relativement fréquent dans le chancre syphilitique pur des régions génitales. Le chancre ne fait pas de perforation de la cloison. C'est à tort que Jullien croit pouvoir l'attribuer à un chancre intra-nasal.

Un certain degré de sténose, par formation de synéchies, peut apparaître après l'évolution du chancre.

DIAGNOSTIC

Nous trouvant en présence d'un malade, atteint de rhinorrhée unilatérale avec obstruction nasale, quelquefois gonflement et rougeur du nez et de la joue, porteur d'une tuméfaction ulcérée dans une fosse nasale et d'une adénopathie sous-maxillaire, il faudrait évidemment penser au chancre intra-nasal.

D'autres affections, bien plus fréquentes, peuvent réaliser, plus ou moins, ce tableau symptomatique ; la méprise est facile. Le fait est arrivé à des spécialistes éminents. Le diagnostic de chancre intra-nasal est difficile, surtout parce qu'il est rare ; on pense à tout, sauf au chancre en pareil cas.

Nous admettrons que l'examen a été complet, que le siège et les caractères de la lésion ont été reconnus par l'examen au spéculum, on évitera ainsi de prendre, pour un érysipèle, la « lymphite érysipélique de Thiberge ». Il est vrai, qu'en pareil cas, les phénomènes généraux suffiraient pour trancher le diagnostic.

Nous avons déjà signalé que le chancre pouvait avoir différents aspects et nous avons décrit plusieurs formes cliniques. Le chancre, recouvert d'une fausse membrane avec jetage nasal sanieux, adénopathie et quelques phénomènes généraux possibles, peut, pendant quelque temps,

donner l'impression d'une rhinite pseudo-membraneuse, voire diphthérique. En pareil cas, un examen attentif de la lésion, la présence de l'ulcération, ses divers caractères, l'absence de localisations pharyngées, diphthériques, ou diphtéroïdes, permettent d'éviter la confusion.

Le diagnostic, avec les tumeurs malignes, peut devenir difficile dans la forme néoplasique du chancre. La tumeur, plus ou moins ulcérée, saignant facilement, peut être prise pour un épithélioma ou un sarcome. L'ulcération superficielle, l'évolution rapide, l'absence de bourgeons, l'apparition précoce des ganglions sont plutôt en faveur du chancre que de l'épithélioma. Le sarcome est, généralement, beaucoup plus étendu; les hémorragies sont fréquentes; les ganglions sont exceptionnels.

L'ulcération chancreuse pourrait être confondue avec une gomme syphilitique ulcérée. Celle-ci, cependant, est d'habitude beaucoup plus étendue que le chancre. Ses bords décollés, son fond sanieux, excavé, la sensation d'os ou de cartilage dénudé, ou mieux la perforation de la cloison, les commémoratifs et, surtout, l'absence de gros ganglions, sont des caractères propres à la syphilis tertiaire.

Il sera plus facile de distinguer le chancre du lupus. L'erreur n'est guère possible, car les nodules lupiques ulcérés ont des caractères bien nets qui les distinguent suffisamment. Dans le lupus, les ganglions sont régulièrement répartis et ne forment pas une grosse adénopathie, comme pour le chancre.

L'ulcération chancreuse peut avoir des caractères peu nets et les diverses erreurs que nous venons de signaler et, plus particulièrement, la confusion avec un épithélioma, sont faciles. Il est arrivé, nous avons pu nous en rendre compte à la lecture des observations, que le diagnostic de tumeur avait été nettement posé et que même l'interven-

tion était décidée, lorsque l'apparition de l'éruption secondaire vint, au bon moment, rectifier le diagnostic.

On ne saurait donc s'entourer de trop de précautions, afin de n'opérer qu'à bon escient. L'une des plus élémentaires est de faire une biopsie et de faire pratiquer un examen microscopique en envisageant, comme il doit être fait en présence de toute tumeur ulcérée, la possibilité du cancer, de la tuberculose ou de la syphilis. L'examen de la coupe mettra sur la voie, les méthodes de coloration spéciales ou l'ultra-microscope, donneront une certitude.

Il ne faudra pas non plus négliger de faire pratiquer l'examen du sang en vue de la réaction de Wassermann. Nous savons bien qu'elle n'est pas forcément positive et que, dans 50 p. 100 des cas, s'il s'agit d'un chancre, elle peut fort bien être négative.

C'est, somme toute, l'évolution de la maladie et, particulièrement, l'apparition des accidents secondaires qui, en cas d'erreur, nous remettront sur la bonne voie. D'où la nécessité, en cas de tumeur ulcérée du nez, de rechercher avec soin sur le corps les premières manifestations cutanées de l'éruption secondaire qui se manifestent presque toujours au cours de l'évolution du chancre.

PRONOSTIC

Il est bon, quant au chancre, puisque celui-ci ne demande qu'à guérir spontanément. Les complications sérieuses sont exceptionnelles, ainsi que nous l'avons vu. Il faudra cependant compter avec les cas heureusement rares, de syphilis grave et à marche rapide, tenant beaucoup plus, d'ailleurs, à l'état de moindre résistance du sujet qu'à la localisation de la lésion.

TRAITEMENT

Tout d'abord, il faut instituer le traitement général: injections de salvarsan, préparations mercurielles, préparations iodurées.

Le salvarsan amène très rapidement la disparition du chancre (obs. première). Il nous paraît inutile d'insister; c'est le traitement habituel des lésions syphilitiques.

Le traitement local n'est pas à négliger. Il permettra de lutter contre les infections pyogènes qui provoquent la rhinite et les principaux symptômes désagréables et qui peuvent être la cause des complications signalées. Donc: lavages du nez avec une solution antiseptique faible, ou, tout simplement, de l'eau bouillie isotonisée par l'addition de chlorure de sodium (7 p. 1000 ou de carbonate de soude (4 p. 1000).

Sur le chancre, on a conseillé les applications de pommade de calomel ou d'iodol.

CONCLUSIONS

I. Le chancre intra-nasal est une affection rare; on n'en connaît guère qu'une quarantaine de cas.

II. Cette affection se localise à la partie antérieure des fosses nasales, sur la cloison habituellement, quelquefois dans le vestibule, même fréquemment au niveau des cornets inférieurs.

III. Il peut affecter divers aspects: ulcéreux, ulcéro-œdémateux, ulcéro-membraneux, néoplasique, érosif.

IV. Les symptômes fonctionnels, qui n'ont rien de bien caractéristique, sont en rapport avec le volume du chancre et l'intensité des affections secondaires. Dans certains cas, le chancre a pu passer inaperçu (Collinet).

Les symptômes physiques consistent en une tuméfaction plus ou moins ulcérée de la muqueuse, toujours accompagnés d'un retentissement ganglionnaire marqué, sous-maxillaire, accessoirement péri-hyoïdien ou péri-auriculaire et parotidien.

V. Le diagnostic est rendu difficile par les divers aspects du chancre et, surtout, à cause de la rareté de la lésion.

VI. L'évolution est bénigne. Quant au chancre, il guérit de lui-même.

VII. Le traitement sera d'ordre général (traitement de la syphilis) ; d'ordre local, antisepsie nasale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Service de M. le professeur Mouret)

Auguste A..., 43 ans, X... (Aveyron), entre, le 20 décembre 1911, dans le service d'oto-rhino-laryngologie, pour tuméfaction du nez avec rhinorrhée et obstruction nasale.

L'examen des antécédents, tant héréditaires que personnels, ne nous fournit aucun renseignement intéressant. Dans le passé d'A..., nous ne notons que de banales affections aiguës de l'enfance: *rougeole* et *còqueluche*. Il nie toute maladie vénérienne et déclare avoir joui, jusqu'à ces derniers temps, d'une excellente santé.

Vers la fin août, le malade s'aperçut que son nez était enchifrené le matin et qu'il mouchait épais, surtout de la narine gauche. Il ne ressentait aucune douleur. Dans la journée, ces phénomènes s'atténuaient.

Vers le 1^{er} septembre, il constata un gonflement du côté gauche du nez et de la joue gauche, avec tuméfaction des régions parotidiennes et sous-maxillaires: le gonflement n'a pas disparu depuis.

Vers le 1^{er} novembre, l'œil gauche se mit à larmoyer et devint rouge. L'état de cet œil est allé en empirant.

Actuellement, le malade accuse les mêmes troubles du côté du nez. Il est fortement gêné pour respirer, surtout du côté gauche. Il salit plusieurs mouchoirs dans la journée. Il se sent un peu abattu, mais n'a pas de fièvre. Il se plaint d'une céphalée frontale assez pénible.

Nous pouvons constater que le nez est le siège d'une inflammation assez marquée. Il est tuméfié, rouge et luisant, surtout à gauche. L'inflammation s'étend sur la zone gauche, sous forme de placard rappelant la plaque d'érysipèle, mais sans bourrelet. Les narines, et plus particulièrement la narine gauche, sont encombrées de sécrétions muco-purulentes avec quelques stries sanglantes.

Au-dessous de la mandibule, en avant de l'angle du maxillaire, on trouve un gros paquet ganglionnaire, du volume d'un œuf de poule.

D'autres ganglions sont découverts dans les régions préauriculaire et parotidienne, où ils sont très tuméfiés, mais très peu sensibles à la pression.

Sur les jambes, les cuisses et le prépuce, on aperçoit quelques plaques rouges, rondes, surélevées, syphilides papuleuses, nettement caractérisées.

Dans l'aîne, on sent quelques petits ganglions roulant sous le doigt.

L'œil gauche présente une conjonctivité assez marquée, avec larmolement assez abondant. La rhinoscopie antérieure décèle une ulcération de la cloison nasale, à gauche, au niveau de la ligne chondro-vomérienne, commençant à 2 centimètres du bord narinaire. Elle mesure 1 centimètre un quart de longueur sur un demi centimètre de largeur. Sa surface est recouverte d'un enduit grisâtre, fibrineux. Tout autour du bord supérieur et externe de l'ulcération, la muqueuse est boursouflée, œdémateuse, pâle, donnant l'impression de bourgeons épithéliaux. Ce gonflement œdéma-

teux se prolonge en haut sur la muqueuse, correspondant à l'os propre.

L'aspect de la lésion fait penser à une ulcération épithéliomateuse, si le diagnostic de syphilis ne s'imposait, en raison de la constatation d'une éruption spécifique, secondaire, caractérisée.

EXAMEN. — A l'ultra-microscope, on trouve plusieurs spirochètes de Séchaudin. On utilise le traitement mercuriel et le malade reçoit dix-sept injections de bi-iodure.

15 janvier. — L'ulcération s'est affaissée et se déterge, la réaction œdémateuse a complètement disparu.

Dans le service de M. le professeur Vedel, on pratique des injections de 606.

8 février. — Le malade est revu. Il ne ressent plus aucune gêne. L'ulcération et l'éruption papuleuse ont disparu. L'examen rhinoscopique montre quelques synéchies entre la cloison et le cornet inférieur.

OBSERVATION II

(Service de M. le professeur Mouret)

Mme M..., Béziers, âgée de 50 ans, se présente, le 1^{er} septembre 1918, à la consultation de M. le professeur Mouret, se plaignant d'obstruction nasale avec jetage assez abondant.

Mme M... jouit d'une robuste santé. Dans son passé, on ne trouve aucune tare, ni aucune affection qui mérite d'être signalée. Elle a eu trois enfants : un fils et deux filles, se portant bien.

La malade a constaté, depuis plus d'un mois et demi, qu'elle est gênée pour respirer, principalement de la narine

gauche, qu'elle mouche abondamment, du côté gauche surtout, des matières muco-purulentes striées de sang. Elle a eu de légers épistaxis à deux ou trois reprises. Elle se plaint également, depuis le début de sa maladie, de céphalée assez pénible, qu'elle attribue à son obstruction nasale et elle a remarqué, depuis quinze jours, la présence de glandes au-dessous de la mâchoire inférieure gauche, qui ont tendance à grossir, sans, cependant, causer aucune douleur. La malade n'a jamais eu d'affection buccale ou pharyngée pouvant expliquer cette adénopathie. Son état général est légèrement affecté. Elle dort mal, a perdu l'appétit et se plaint de malaises. Elle dit n'avoir jamais eu de fièvre.

A l'examen, on constate, au-dessous de la branche horizontale du maxillaire inférieur, un peu en avant de l'angle de la mâchoire, un gros ganglion, du volume d'une grosse noix, mobile, indolore à la pression. Un peu au-dessous, dans le voisinage de la grande corne de l'os hyoïde, on trouve un autre ganglion, plus petit que le précédent.

Le nez n'offre aucune déformation apparente et est légèrement rouge à son extrémité. Le rebord narinaire gauche est légèrement tuméfié. La rhinoscopie antérieure permet d'apercevoir, au niveau de la cloison, du côté gauche, une tuméfaction assez bien limitée, de coloration rouge foncé, ulcérée, sur une assez petite surface.

La tumeur est nettement insérée sur le pied de la cloison. Elle commence à un centimètre et demi environ de l'orifice narinaire, paraît s'étendre surtout en hauteur, où elle atteint la moitié de la cloison. Elle paraît ne se développer que très peu en arrière. Elle se rétracte mal sous l'influence de la cocaïne et saigne assez facilement au contact du styilet porte-coton. Tout autour, la muqueuse est enflammée, légèrement infiltrée sur une petite étendue. De

nombreuses sécrétions muco-purulentes et sanguinolentes encombrent la fosse nasale.

Le diagnostic reste un peu indécis. On a l'impression qu'il s'agit d'un épithélioma. L'évolution cependant serait bien rapide. M. le professeur Mouret conseille la désinfection à l'aide de lavages du nez et l'application d'une pommade antiseptique. Il se propose de faire une biopsie.

Mme M... revient le 8 septembre. La tuméfaction, ulcérée, n'a pas changé d'aspect. Les ganglions ont légèrement grossi. A l'aide d'une pince coupante, on prélève un fragment de la néoplasie qui est envoyé au laboratoire d'anatomie pathologique. Un tamponnement est nécessaire pour arrêter l'hémorragie qui se déclare après l'ablation du fragment destiné à l'examen.

9 septembre. — Détamponnement.

12 septembre. — Le laboratoire d'anatomie pathologique répond : granulome, présence de deux spirochètes de Schaudinn caractérisés dans la coupe faite sur le fragment prélevé.

La malade revient le 15 septembre. On recherche avec soin tous les signes de spécificité. Mme M... n'a jamais présenté aucun accident. Elle n'a jamais souffert de céphalée avant la maladie actuelle, n'a jamais eu de fausses couches ; n'est pas sujette aux maux de gorge. Elle n'a jamais rien constaté d'anormal. Le mari, interrogé, fait les mêmes déclarations. Elle ne présente, actuellement, aucune autre lésion suspecte.

M. le professeur Mouret, en raison des commémoratifs, et de l'adénopathie, de l'aspect de la lésion, qui n'a pas les caractères d'une gomme, pense à un accident primaire.

La malade est revue le 18 septembre.

Il est immédiatement frappé par la présence de quelques papules très nets sur le front, sur les membres et sur

l'abdomen. Il ne peut y avoir erreur. Il s'agit bien d'une lésion syphilitique dont la lésion nasale constitue l'accident primitif.

Il était intéressant de faire préciser l'étiologie d'un cas aussi curieux. Mme M..., excellente mère de famille, et d'âge canonique, était à l'abri de tout soupçon. Le mari, examiné, n'était porteur d'aucun signe suspect. M. le professeur Mouret finit par apprendre, en insistant, que le fils, âgé de 25 ans, suivait un traitement consistant en des piqûres que lui faisait son docteur. Il fut alors facile d'établir que le fils était atteint de syphilis en évolution. La mère finit par se rappeler qu'elle lui avait emprunté son mouchoir, à plusieurs reprises. Ce fut là l'origine de sa maladie.

Un traitement mercuriel sérieux fut institué; Mme M... fut revue deux mois plus tard, guérie de ses accidents. Le chancre avait totalement disparu. Il n'y avait pas de synéchies. La muqueuse avait, à la place qu'elle occupait, un aspect chagriné, assez particulier.

OBSERVATION III

(Georges Pautet. *Bulletin Société française d'oto-rhino-laryngologie*, 1913.)

Mme X..., sage-femme, 23 ans, vient à ma consultation, le 4 juillet 1901. Elle se plaint, depuis trois semaines, c'est-à-dire depuis le 8 juin, d'une glande qui apparut dans la région sous-maxillaire droite. Cette glande grossit peu à peu pour atteindre le volume d'un œuf. Il y a de la douleur à la pression. La mâchoire inférieure présente quelques mauvaises dents, mais dont elle n'a pas souffert depuis longtemps. La malade ajoute, qu'à la même époque, elle eut un écoulement nasal, parfois légèrement sangui-

nolent, qui s'atténua à la suite de quelques injections. Cependant, la voix est toujours nasonnée et il se produit quelques douleurs lancinantes dans l'oreille droite.

A l'examen du nez, je constate, à droite, sur un léger éperon de la cloison, une petite tumeur d'un rouge assez foncé, ulcérée, en cratère, suintant légèrement. Je fais aussitôt le diagnostic de chancre induré et fais part de mes doutes à la malade. Celle-ci, dont la conduite est irréprochable et qui, de plus, est une sage-femme très avertie et d'une grande valeur professionnelle, arrive à se rappeler que, le 2 mai, en faisant un accouchement chez une femme syphilitique, sa figure fut inondée par un jet de liquide amniotique et qu'en s'essuyant, elle se gratta le nez.

Nous décidons d'exciser le chancre en même temps que le léger éperon, ce qui est fait aussitôt. Néanmoins, Mme X..., ne voulant pas admettre absolument ce diagnostic qui l'effraie, il est entendu que nous aurons une consultation avec le docteur X... qui me l'a d'ailleurs adressée.

Le 11 juillet, chez mon confrère, je fais constater sur les bras et la poitrine de la malade, une éruption qui présente, à n'en pas douter, les caractères de la roséole; au-dessus du sein droit, notamment, il existe une macule en fer à cheval; la bouche, examinée, ne présente aucune plaque muqueuse. L'adénopathie sous-maxillaire a un peu diminuée. Mon confrère partage alors mon avis et, d'un commun accord, nous ordonnons à la malade, un traitement mixte: pilules de Dupuytren et iodure de potassium.

Or, à quelques jours de là, à la suite d'un gonflement des malléoles, dû à un peu d'iodisme, la malade, ne voulant pas être convaincue, va consulter le docteur X... qui se laisse influencer, et à huit jours de distance à peine des accidents qu'il a formellement reconnus comme spécifiques, se déjuge et lui conseille de ne plus faire aucun trai-

tement. Bien mieux, il lui confie, par la suite, de nombreux accouchements, et lorsqu'elle-même accouche d'un fils, en 1904, il autorise et conseille son envoi en nourrice, sans aucune restriction.

Depuis cette époque, Mme X..., toute persuadée qu'elle fut d'une erreur de diagnostic de ma part, ne m'avait pas retiré sa confiance et j'eus l'occasion de soigner son mari à différentes reprises (notamment, pour une déviation considérable de la cloison), et son fils, à qui j'enlevai des végétations adénoïdes, il y a quelques années. Jamais je ne trouvai ni chez l'un, ni chez l'autre, aucune trace de syphilis. Ma conviction restait cependant la même et je supportai avec patience les sourires ironiques de ma cliente.

Or, le 15 mars 1913, Mme X... vient se faire examiner la gorge; elle se plaint depuis plus d'un mois de douleur à la déglutition, sans que les divers gargarismes employés l'aient soulagée.

A l'examen, je trouve, en abaissant assez fortement la langue, une ulcération gommeuse. Celle-ci occupe le côté gauche du pharynx; sa forme générale est celle d'une amande, à pointe un peu efflée; ses contours sont rouges et la partie centrale profondément ulcérée. La réaction de Wassermann, faite le lendemain, est nettement positive. La malade, confondue, se soumet à trois injections de 606 qui amènent très rapidement la guérison.

OBSERVATION IV

(Ch. David. *La Syphilis*, février 1905, p. 125.)

Il s'agit d'un homme de 42 ans, exerçant la profession de palefrenier, entré, dans notre service, le 7 novembre 1904.

Le 20 octobre, le malade a été pris d'une céphalée assez vive, occupant les régions frontale et temporale et d'intensité plus considérable la nuit, où elle empêchait le malade de dormir. A peu près, en même temps, se développe, à l'angle gauche du maxillaire inférieur, une tuméfaction qui atteint rapidement le volume d'une bille; tuméfaction dure, indolente, sans inflammation des tissus voisins. Le malade n'avait, à ce moment, aucune affection de la cavité buccale pouvant expliquer l'apparition de cette tuméfaction. Celle-ci se développe très rapidement et, en sept ou huit jours, atteint les dimensions d'un gros œuf de pigeon. Le malade en éprouve plutôt une gêne qu'une véritable souffrance.

Vers la fin d'octobre, c'est-à-dire huit à dix jours après le début de la maladie, le sujet s'aperçoit qu'il ne peut plus respirer de la narine gauche, qui est complètement obstruée. Il n'y a pourtant pas de coryza. En ce moment, les deux narines sont sèches. Ce n'est que quelques jours plus tard qu'un coryza assez intense se déclare. Pas de douleur du côté du nez ou du sinus maxillaire. L'état général est excellent; l'appétit conservé; toutes les fonctions sont régulières. Cependant, inquiet de voir que la tumeur sous-maxillaire conserve son volume et que les phénomènes du côté de la narine ne rétrocedent pas, le malade entre à l'hôpital.

8 novembre. — A l'examen, ce qui frappe d'abord, c'est une tumeur, située au-dessous de l'angle gauche du maxillaire inférieur, ayant le volume d'un gros œuf de pigeon, très dure, indépendante de la peau, qui glisse facilement sur elle et qui n'est pas enflammée; elle est absolument indolente. Cette tumeur vient au contact du bord inférieur et de la face interne du maxillaire inférieur sur les trois quarts postérieurs de la branche horizontale, si bien, qu'au

premier abord, il semble qu'elle dépende de cet os. Mais un examen, plus approfondi, montre qu'elle en est indépendante et que c'est là, très probablement, une masse ganglionnaire.

En outre, il existe une rougeur diffuse du côté gauche de la face, surtout marquée sur la partie interne de la joue, le dos du nez et la partie inférieure du front; cette coloration n'est pas trop accentuée et donne au patient l'aspect d'un érysipélateux à la période de déclin. On remarque, en plus, que la narine gauche est élargie; l'aile du nez est déjetée en dehors. En pratiquant la rhinoscopie, on voit que la muqueuse nasale est très tuméfiée et, en regardant profondément, on découvre une saillie qui l'obstrue complètement. Celle-ci est de coloration rouge vif, luisante; elle offre au toucher une consistance cartilagineuse; elle a la forme d'une demi-bille ou d'un gros bouton dont la face convexe vient s'appuyer sur la cloison. Si on essaie d'en faire le tour avec un stylet, on découvre que sa base est implantée sur la partie inférieure du cornet inférieur de la fosse nasale. L'examen le plus attentif ne permet de découvrir, à sa surface, aucune ulcération. Elle est également tout à fait indolore à la pression. L'examen des autres muqueuses et du revêtement cutané, ne présente rien de particulier. Le malade est apyrétique. L'examen des différents viscères est également négatif. Le malade nie avoir jamais eu la syphilis et on ne retrouve chez lui aucun antécédent syphilitique.

12 novembre. — Les phénomènes précédents n'ont pas changé sensiblement, mais on découvre, sur le corps, une éruption présentant tous les caractères de la roséole syphilitique.

L'éruption, très abondante sur le dos, est discrète au niveau de l'abdomen, des flancs et du thorax. Le doute

n'est donc plus permis. Nous nous trouvons en présence d'une syphilis secondaire et la porte d'entrée du virus a été la muqueuse du cornet nasal inférieur.

18 novembre. — Apparition, dans le pharynx, sur les amygdales et le bord libre du voile du palais, de plaques muqueuses typiques.

La roséole est déjà en voie de disparition; la tumeur ganglionnaire a peu diminué, mais l'induration nasale est stationnaire.

A la suite du traitement, tous ces phénomènes rétrocedèrent rapidement.

OBSERVATION V

(De Amicis. Leçons de syphiligraphie. Relaté par Stancannelli.
Annales des maladies vénériennes, 1909.)

Cas curieux de contagion.

Il s'agit d'une jeune fille, du meilleur monde, atteinte d'un accident primitif de la pituitaire et au sujet de laquelle une enquête sévère, faite par le professeur De Amicis, fit découvrir que le véhicule de l'infection avait été un mouchoir, offert au bal par un danseur atteint de plaques muqueuses des lèvres et de la cavité buccale.

OBSERVATION VI

(Blanc et Fausrie. *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1899, pp. 259-270. De la syphilis nasale acquise.

M. X..., 26 ans, m'est conduit par mes collègues, MM. Luc et Besançon, pour une tumeur des fosses nasales du côté droit. J'avais opéré ce jeune homme, six mois auparavant pour un papillome de la narine droite.

La tumeur actuelle remonte à huit semaines. Elle s'est, progressivement, développée sans à-coup. Elle occasionne de la gêne respiratoire, des accès d'asthme, de suffocation, pour lesquels le malade vient demander un secours.

La fosse nasale droite est absolument déformée; le côté externe de la narine est rouge, luisant et projeté en dehors. L'aile externe, dans la partie avoisinante de l'orifice externe, est déjetée en haut et en dehors; l'orifice ainsi entr'ouvert, élargi, permet d'apercevoir une tumeur arrondie, sessile, rouge violacé, d'une consistance particulière, plutôt cartonneuse qu'élastique, de la grosseur d'une petite noix et implantée sur la face externe de la fosse nasale. Elle bombe en dedans, s'appuyant sur la cloison médiane et un stylet est arrêté en tout sens par cette masse arrondie et ne peut pénétrer au-delà de la tumeur.

Il existe un ganglion, de moyen volume, peu douloureux, dans la région sous-maxillaire droite.

Le diagnostic posé est sarcome, se basant sur la déformation de la fosse nasale, la consistance molle de la tumeur et, surtout, sur l'existence antérieure d'une petite tumeur enlevée dans cette région. La syphilis ne semble pas pouvoir être la cause de cette tumeur; il n'existe, en effet, aucun antécédent et un accident primitif, datant de huit semaines, se serait accompagné de roséole.

Le malade demandait absolument à être débarrassé de cette tumeur, qui le privait de son sommeil, lui occasionnant des accès très pénibles de suffocation, et nous discutons le moment de l'intervention, lorsque le docteur Besançon constata, chez son malade, une roséole des plus nettes. Le diagnostic était fait, il s'agissait d'un chancre primitif. En raison de la singularité du cas, le malade fut soumis à l'examen de M. Fournier, qui dénomma ce chancre; chancre-tumeur, et nous dit n'avoir observé qu'une

fois une manifestation similaire primitive dans la fosse nasale. Le malade, mis au traitement, a vu sa tumeur disparaître petit à petit, en ne laissant qu'une cicatrice à son point d'implantation.

OBSERVATION VII

(M. Mendel. *Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*,
p. 60, mars 1895.)

Chancres syphilitiques des narines.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un homme de 29 ans, polisseur, porteur de deux chancres symétriques des narines. Le malade s'est aperçu, il y a trois semaines, de l'apparition de la lésion actuelle, qui provoque des douleurs assez vives, notamment pendant la nuit.

Le nez est gonflé et rouge. Lorsqu'on soulève la pointe de l'organe, on peut apercevoir, de chaque côté, une érosion ovalaire suintante, située sur la partie antérieure de la cloison des fosses nasales et occupant aussi l'extrémité antérieure de la cavité des narines. L'induration de ces régions est surtout sensible au niveau du lobule. On note, dans la région sous-maxillaire, une adénopathie fort nette, un peu plus prononcée à gauche.

L'origine des deux chancres est des plus difficiles à préciser.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ABRAND. — La syphilis primaire du nez. Clinique, juin 1907, p. 365.
- ARSLAN. — Archivio italiana di Laryngologia, vol. XIV, 1894, p. 105.
- BULKLEY. — Syphilis in the innocent. New-York, 1890, p. 571.
- BRUNON. — Journal des maladies cutanées et syphilitiques, 1904, p. 187.
- BALZER et LECORUE. — Bull. Soc. franç. de dermat. et syphil., 1907.
- BALDWIN. — The Lancet, London, 1907, p. 287.
- BLANC. — Rev. hebdomadaire de laryng.-oto-rhino., 16 novembre 1907, p. 581, et Bull. méd. de l'Algérie, 190, 650, 652.
- BATUT. — Journal des maladies syphilitiques et cutanées.
— Syphilis du nez. Journal des maladies cut. et syphilitiques, n° 3, mars 1908, p. 177.
- BART (LE). — Le chancre primitif du nez et des fosses nasales. Thèse, Paris, 1894.
- BAZENERGE. — Etude clinique sur la syphilis nasale acquise. Thèse, Paris, 1894.
- BURNET. — Syphilis on the ear-nose and throat.
- CIMMINO. — Bollet. delle malattie del orecchio, anno XII, 1894, n° 2, p. 25.

- CHAPUIS. — Du chancre syphilit. de la muqueuse pituitaire.
Gaz. des hôpitaux, 13 oct. 1894, n° 119, p. 1103.
- Gaz. des hôpitaux, 19 juillet 1894, p. 777.
- COLLINET. — Bull. de laryngologie, 1901, p. 175-179, 2 cas.
- CALAMIDA. — Giorn. d. Accad. di med. di Torino, 1903,
p. 585-592.
- CAMPBELL (J.). — Ann. of oto-rhino. and laryngology,
juin 1906.
- Revue hebdomadaire de laryngologie, 23 fév. 1907,
p. 23.
- CASTEX. — Maladies du larynx, du nez et des oreilles, 3^e
édit., 1909.
- et LUBET-BARBON. — Traité de chirurgie de Le Den-
tu et Dèlbet, 1909, fasc. 18, p. 91.
- CARTAZ (Adolphe). — Maladies du nez et du larynx, 1908,
fasc. 27; Traité de méd. et de thérapeutique de
Gilbert et Thoinot.
- DAVID. — La syphilis, 1905, p. 125.
- DUPOND. — Rev. heb. de laryng.-oto-rhino., 5 mars 1910,
p. 273-279.
- FOURNIER. — Union médicale, 23 fév. 1858, p. 86.
- Union médicale, 2 mars 1858, p. 98.
- Les chancres extra-génitaux, 1897, Paris, p. 173-90.
- Traité de la syphilis, 1899-1906.
- FREUDENTHALL. — New-York med. Journal, 1901, p. 804-
807.
- Klin. Therap. Webusch. Wien, 1901, p. 785.
- N-Yorker med. Monatschr., 1901, p. 305-314.
- FANONI. — The Port. Graduate, mars 1907, p. 265-271.
- Journal of American med. Assoc., 20 avril 1907.
- FROMENT et ROME. — J. des malad. cutanées et syph., 1908,
p. 929.

- FICK. — American Journ. of dermatolgy de Saint-Louis, 1908, p. 18-20.
- FARQUHARSON. — The Journal of Laryng., etc., London, 1912, p. 108.
- Traité de la syphilis, 1899-1906.
- GÉMY. — Annales de dermat. et de syphil., 1890, p. 571.
- GAVELLO. — Arch. italiano di otologia etc., vol. VIII, fasc. 1, 1898, p. 87.
- GRAEFT. — Port Graduate, New-York, 1904, p. 48-50.
- GELLÈ. — Arch. int. de laryng.-oto., mars-avril 1904.
- GUICHARD. — Revue méd. de laryng., etc., 1907, 28 sept., p. 375.
- GAUCHER et GIROUX. — Annales des maladies vénériennes, sept. 1908.
- GUIGNARD. — Contribut. à l'étude des chancres extra-génitaux. Thèse, Paris, 1882.
- GAUCHER (E.). — Traitement de la syphilis, 2^e édit., Paris, 1905; monographie de l'Œuvre médico-chirurgicale.
- Le traitement général de la syphilis. Annales des maladies vénériennes, 1909, p. 401-406.
- Traitement de la syphilis par l'arséno-benzol. Gazette des hôpitaux de Paris, p. 1767-1770.
- Leçon sur le traitement de la syphilis. Presse médicale, 15 mai 1912, p. 125.
- Le chancre et les syphilides cutanées et muqueuses et le traitement général de la syphilis. Précis de syphiligraphie, 1907.
- Syphilis du système nerveux, de l'œil, de l'oreille et du nez. Précis de syphiligraphie, 1910, O. Doin.
- GUIZEZ. — La pratique oto-rhino-laryngologique, 1909.
- HIGGUET. — Soc. laryng. et de rhino., 1882.
- HESSLER. — Thèse de Le Bart, Paris, 1894.

- HELOT. — Revue méd., 1903, p. 494.
- HUNT. — Cité par Batut. Journ. des mal. cut. et syphil., 1908, p. 178.
- HEIDENSGELD. — Lancet clin. Cincinnati, 1905, p. 523.
- HORAND. — Journal des mal. cut. et syph., 1908, p. 181.
- HULOT. — Gazette des hôpitaux, 1879.
- HALLOPEAU et FOUGUET. — Traité élément. de la syph., 1911.
- JACOBI. — Dermat. Zeitschr., Berlin, 1897, p. 407.
- JULLIEN. — Traité des maladies vénériennes, ed. 1886, p. 527-585.
- JEANSELME. — Des chancres extra-génitaux. Gazette des hôpitaux, 8 mai 1906, n° 53, p. 630.
- KRELLING. — Thèse de Le Bart, Paris, 1894.
- LERMOYEZ. — Annales des maladies de l'oreille, etc., 1898, n° 12, p. 517.
- LA ROSA. — Gazzetta degli Ospedale, Milano, a. 1904, p. 487-490.
- LAURENT. — Thèse de Lenoble. Paris, 1908.
- Syphilis nasale, Marseille, Paris, 1909.
- LEGRAND-BERTIN. — Echo méd. du Nord, 1908, p. 21.
- LAVIELLE. — Journal de méd. de Bordeaux, 1911, p. 615.
- LAVERGNE-PERRIN. — Contribut. à l'étude des chancres extra-génitaux. Ann. de dermat. et de syph., 1884, p. 333.
- MOURE. — Société française d'oto-rhino-laryng., 1887.
- Revue mensuelle de laryng., 1887, n° 7.
- Thèse de Dupond, Bordeaux, 1887.
- Contribut. à l'étude de la syphilis des fosses nasales, Paris, 1888.
- Revue int. de laryng. et de rhino., 1892, p. 73.
- Thèse de Reboul, Bordeaux, 1892.
- MOREL-LAVALLÉE. — Ann. de dermat. et de syphilig., 1887, p. 701.

- MARC-CARTHY. — Du diagnostic et de l'enchaînement des symptômes syphilitiques. Thèse de Paris, 1844.
- MARFAN. — Annales de dermat. et de syph., 1890, p. 499.
- MENDEL. — Ann. de dermat. et de syph., 1895, p. 521.
- MATLACK. — Cité par Calamido. Giorn. del re Accad. de med. di Torino, 1903, p. 585-592.
- MONNIER. — Cité par Batut, 1906. Journ. des mal. cut. et syph., 1908, p. 178.
- MARTIN (Aimé). — De l'accident primitif de la syphilis constitutionnelle. Thèse de Paris, 1863, p. 63.
- MAURIAC. — Leçons sur les maladies vénériennes, 1883.
- MOREL-MACKENSIE. — Maladies des fosses nasales, 1887. Trad. Moure et Charazac.
- MENIER. — Traité des maladies du nez, 1906.
- MACKENSIE. — Primary syphilis of the nose and naso-pharynx. Journ. of dermat., octobre 1906.
- NODET. — Un cas dans thèse d'Aimé Martin, Paris, 1863.
- NEUGASS. — Assoc. des laryngologistes allemands, 8 juin 1908. Zeitschr. f. Laryng. Rhino., fasc. III, 1908.
- NORMAN-PATTERSON. — Primary nore of the vestibule of the nose and adjoining skin. The Journal of Laryngology, London. March., 1911, p. 144.
- NIVET. — De la fréquence relative des différentes variétés des chancres extra-génitaux chez l'homme et chez la femme; suivi de quelques considérations sur un certain nombre de cas observés à l'Hôpital Saint-Louis pendant l'année 1886. Thèse de Paris, 1887.
- PONCET. — Soc. des sciences méd. de Lyon, 1881.
- PASPELOW. — Arch. fur dermat. syph., 1889.
- PRISSMAN. — Cité par Calamido. Giorn. del re Accad. de med. di Torino, 1903, p. 585-592.

- POIRIER. — Ann. Soc. méd. chirurg. d'Anvers, 1899, p. 241.
- PARKER. — The Lancet, London, 1901, p. 237-242.
- PUSATERI. — Sur les accidents primaires de la cloison nasale. Intern. Centralbl. f. Ohrenheilk. Band. V. Heft 5, 1907.
- RICORD. — Leçons sur le chancre, 1858.
- ROLLET. — Traité des maladies vénériennes, 1865, p. 693.
- RUEDA. — Revue de laryngologie, 1895, p. 157.
- RICHARD D'AULNAY. — Ann. de dermat. et de syph., 1895, p. 984-991.
- ROMANIVSKY. — Rouss. Vrach., 10 juillet 1904.
- ROLLESTON. — The Lancet, London, 1906.
- RAMOGNINI. — Giorn. Itali. della malattia venerea et della pelle, 1907, p. 287.
- ROY (L.-G.). — La syphilis nasale. Revue méd., 1903.
- ROBERTSON. — Syphilis on the ear, nose and throat. Austr., med. Gaz. Sydney, 1909, p. 526-631.
- RAULIN. — Le chancre d'origine nasale. Revue de laryng., 15 nov. 1890.
- RAMOGNANI. — Contributo all estudio dei sifilomi initial della pituitaria. Giorn. itall. delle malat. venerea, etc., fasc. III, 1907.
- SPENSER (Watson). — Medical Times and Gazette, avril 1881, p. 428.
- SIEMS et RAJAT. — Bulletin de la Société méd. des hôpitaux de Lyon, 18 juin 1907, p. 270.
- SANTI PUSATERI. — Loc. ital. de path., Palerme, 1908.
- Arch. int. de laryng.-oto-rhino., t. 29, mars-avril 1910, p. 669.
- STOURME. — Essai sur le pronostic du chancre céphalique induré. Thèse de Lyon, 1889.
- THIBIERGE. — Gaz. hebdom. de méd. et de chirurg., 23 avril 1894.

- Thèse de Bazeneyre, Paris, 1894.
- TISSIER. — De la syphilis du nez. *Gaz. des hôpitaux*, 15 fév. 1896, n° 20, p. 187.
- Des accidents secondaires des fosses nasales dans la syphilis acquise de l'adulte. *Ann. des malad. de l'oreille*, etc., fév. 1893.
- THRASHER. — Syphilis of the nose. *The Cincinnati Land. clinic.*, 1909, p. 562-564.
- VIGNOLO-LUTATI. — *Giorn. italiano dell. mal. vener. et della pelle*, fasc. II, 1903, p. 151.
- WEISS. — Syphilis of the nose. *J. cutaneous Disease include syphilis*. New-York, 1911, p. 457.
-

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 31 mai 1919.

Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 31 mai 1919.

Le Doyen,
MAIRET.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	7
Historique de la question	9
Etiologie	11
Anatomie pathologique	13
Symptomatologie et Formes cliniques. — Évolution et complications	15
Diagnostic	19
Pronostic	22
Traitement	23
Conclusions	24
Observations	26
Index bibliographique	39

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
